



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



Universidade  
Estadual do Piauí

### PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 05

### RESIDÊNCIAS MÉDICAS: **NEFROLOGIA**

DATA: 14/01/2024 – HORÁRIO: 8h30 às 10h30 (horário do Piauí)

#### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (**TIPO 05**) com 50 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um **CARTÃO-RESPOSTA** destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 05) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do **CARTÃO-RESPOSTA**.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do **CARTÃO-RESPOSTA** utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste **CADERNO DE QUESTÕES**, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No **CARTÃO-RESPOSTA**, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o **CARTÃO-RESPOSTA**, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu **CARTÃO-RESPOSTA**. Os rascunhos e as marcações assinaladas no **CADERNO DE QUESTÕES** não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a **LISTA DE FREQUÊNCIA**, entregue ao Fiscal o **CADERNO DE QUESTÕES** e o **CARTÃO-RESPOSTA**, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **2h (duas horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **1h30** do início desta.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

#### Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIAS UESPI - NEFROLOGIA  
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS - NUCEPE  
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.

#### RASCUNHO

01		26	
02		27	
03		28	
04		29	
05		30	
06		31	
07		32	
08		33	
09		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	



PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI



<b>N<sup>o</sup> DE INSCRIÇÃO</b>					



## CLÍNICA MÉDICA

- 01.** Paciente idoso de 84 anos, sexo masculino, apresenta-se em atendimento médico com queixa de dor torácica anginosa aos esforços, com progressiva no último mês, associada à síncope após esforço há 24 horas. Ao exame clínico apresenta ritmo cardíaco regular e sopro sistólico ejetivo na área aórtica com irradiação para a fúrcula esternal. Qual a valvopatia mais provável?
- a) Estenose da válvula pulmonar.
  - b) Estenose aórtica senil.
  - c) Estenose da válvula mitral reumática.
  - d) Insuficiência da válvula mitral secundária a dilatação do anel.
  - e) Insuficiência aórtica por calcificação valvar.
- 02.** Assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) O uso de inibidor do receptor da endotelina I é indicado em pacientes com hipertensão pulmonar causada por esclerodermia.
  - b) A manobra de Rivero-Carvalho é recomendada para identificar melhor o sopro da insuficiência mitral importante.
  - c) A tríade de sintomas do paciente com insuficiência aórtica importante corresponde a síncope, dispneia e dor torácica anginosa.
  - d) O uso de inibidores da 5-fosfodiesterase para paciente com diagnóstico de hipertensão pulmonar deve ser recomendado para todos os pacientes sem sintomas.
  - e) A pericardite constrictiva deve ser sempre tratada com tuberculostáticos.
- 03.** Considerando os conceitos sobre o sistema de condução cardíaco, assinale a alternativa **CORRETA**.
- a) Bloqueio AV de segundo grau tipo Mobitz I é geralmente benigno e não deve ser tratado com marca-passo cardíaco definitivo em paciente assintomático.
  - b) Bloqueio atrioventricular total, sintomático, tem bom prognóstico no idoso.
  - c) Fibrilação atrial com elevada resposta ventricular indica doença grave na condução do nódulo atrioventricular.
  - d) Paciente com síncope única e diagnóstico de síndrome vasovagal deve ser tratado com marca-passo cardíaco definitivo.
  - e) Bloqueio atrioventricular avançado é definitivamente maligno e sempre deve ser tratado com marca-passo cardíaco definitivo.
- 04.** São causas de alteração cognitiva no idoso:
- a) hipotireoidismo.
  - b) medicações anti-colinérgicas.
  - c) distúrbios hidroeletrólíticos.
  - d) neurosífilis.
  - e) todas as alternativas.
- 05.** São causas de sarcopenia no idoso:
- a) perdas dentárias e problemas orais.
  - b) disfagia.
  - c) redução do apetite.
  - d) inatividade física.
  - e) todas as alternativas.



06. Marque a alternativa **CORRETA** sobre síndrome nefrótica:

- a) Glomerulonefrite pós-estreptocócica apresenta lesão histológica caracterizada por perda da borda em escova dos túbulos renais.
- b) Glomeruloesclerose segmentar e focal costuma cursar com déficit de filtração glomerular e apresentar proteinúria > 3,5g/dia, colesterol elevado e albumina baixa.
- c) Nefropatia por IgA pode ser diagnosticada com dosagem sérica de IgA, e a principal manifestação clínica é proteinúria sub-nefrótica com HAS de difícil controle.
- d) Nefropatia de lesões mínimas costuma cursar com HAS e hematúria macroscópica, em alguns casos como urina cor de coca-cola.
- e) Glomerulonefrite crescêntica cursa inicialmente com função renal preservada e pode piorar lentamente após anos de evolução.

07. Quanto ao tratamento de injúria renal aguda (IRA) marque a alternativa **CORRETA**:

- a) Os diuréticos de alça são os principais medicamentos capazes de atenuar ou acelerar recuperação da IRA.
- b) Uma vez instalada a IRA, o uso dos inibidores de SGLT2 podem acelerar recuperação da IRA.
- c) Para o diagnóstico de doença renal aguda, considera-se elevação da creatinina em 0,3mg/dL ou 50% do basal em até 7 meses.
- d) Síndrome urêmica configura umas das principais indicações de diálise, além de hipervolemia e hipercalemia.
- e) Em paciente oligúrico, independentemente se ele se encontra euvolêmico, desidratado ou hipervolêmico, é mandatório o uso de furosemida em bolus, como medida inicial.

08. Sobre doença renal diabética (DRD), marque a alternativa **CORRETA**:

- a) Embora seja esperada a apresentação clínica com proteinúria, é possível que uma minoria de pacientes curse sem proteinúria.
- b) Uso de inibidor de SGLT2 está contraindicado em pacientes com clearance de creatinina < 50ml/min.
- c) Metformina é droga de primeira linha terapêutica para prevenir progressão da doença renal e proteinúria.
- d) Uso da metformina é contraindicado em pacientes com clearance de creatinina < 45ml/min.
- e) Uso de inibidor da enzima conversora da angiotensina combinado com bloqueador do receptor da angiotensina é o tratamento principal.

09. Idosa de 65 anos dá entrada no Hospital Getúlio Vargas, regulada do interior do estado com história de fraqueza e anemia há 2 meses, com necessidade de transfusão de 3 concentrados de hemácias no período. Nega febre, tosse e perda de peso. Ao exame físico, está hipocorada 3+/4+, fígado não palpável e baço palpável há 3 cm do rebordo costal esquerdo.

Exames laboratoriais:

Hemoglobina 5,0 g/dL (VR 12-15),  
Hematócrito de 16 % (VR 36-45),  
Leucócitos 7500 céls./mm<sup>3</sup>,  
Neutrófilos 4000 céls./mm<sup>3</sup>,  
Linfócitos 1500 céls./mm<sup>3</sup>,  
Plaquetas 52000 /mm<sup>3</sup> (VR 150000-450000),  
DHL: 1600 U/L (VR 100-300),  
Bilirrubina total 2,8 mg/dL (VR 0,0-1,2),  
Bilirrubina indireta 2,3 mg/dL (VR 0,0-0,8),  
Bilirrubina direta 0,5 mg/dL (VR 0,0-0,5),  
Reticulócitos: 16,5% (VR 0,5-1,5%),



Creatinina: 0,7mg/dL (VR 0,5-1,0),  
Ureia: 40mg/dl (VR 10-45),  
Potássio: 4,7 mEq/L (VR 3,5 -5,5),  
Sódio: 139 mEq/L (VR 135-145).

Marque a alternativa que apresenta o principal exame para confirmação diagnóstica e o diagnóstico etiológico mais provável para o caso:

- a) Dosagem de vitamina B12, anemia megaloblástica.
- b) Mielograma, leucemia mieloide aguda.
- c) Coombs direto, síndrome de Evans.
- d) Biópsia de medula óssea, anemia aplástica idiopática grave.
- e) Ferritina, anemia ferropriva.

10. A epilepsia mioclônica juvenil é um tipo de síndrome epiléptica que necessita de tratamento por tempo indeterminado, tendo em vista o alto risco de recorrência e a medicação de escolha (primeira opção) ser uma droga muito relacionada à teratogenicidade, devendo sempre mulheres em idade fértil serem alertadas desse risco, utilizando método contraceptivo eficaz e que uma gravidez seja idealmente planejada. Assinale a alternativa que menciona essa medicação:

- a) Lamotrigina.
- b) Levetiracetam.
- c) Ácido valproico.
- d) Carbamazepina.
- e) Fenitoína.

11. Sobre tremor essencial, marque a alternativa **CORRETA**:

- a) É tipicamente de repouso e inicia no lado dominante do paciente.
- b) Tremor é de ação, geralmente bilateral (simétrico), exacerbado em situações de estresse/ansiedade.
- c) Paciente geralmente, ao escrever, coloca as letras em tamanho menor, como uma adaptação ao tremor, uma escrita denominada de micrografia.
- d) Se houver tremor também cefálico, fala mais a favor de parkinsonismo.
- e) Assim como na doença de Parkinson, acomete principalmente idosos e, se ocorrer em adulto jovem, provavelmente está relacionado com componente genético, sendo o gene PARK1 o mais comum.

12. No contexto de cefaleia em atendimentos de urgência e emergência, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Pacientes já com diagnóstico de migrânea devem tomar opioides endovenosos como primeira escolha de analgesia, tendo em vista a intensidade da dor.
- b) Para cefaléia súbita e nunca sentida antes (a pior da vida), é recomendado exame de imagem somente se houver rebaixamento do nível de consciência.
- c) A decisão de realizar exame de imagem em um paciente com cefaléia é baseada muito na intensidade e tempo de início da dor, portanto mudança de padrão não é um sinal de alarme para se decidir sobre exame complementar.
- d) Cefaléia acompanhada de perda do campo visual persistente (hemianopsia demonstrada no exame neurológico) é um achado comum na migrânea com aura, devendo realizar exame de imagem somente no primeiro episódio.
- e) Cefaléia em salvas é primária e pouco comum, sendo mais frequente em homens. Caracteriza-se por uma dor por vezes lancinante, dura de 15 a 180 minutos e apresenta disfunção autonômica associada, tendo como tratamento sintomático em urgências o uso de oxigênio 100% sob máscara em alto fluxo.



13. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma patologia com prevalência em torno de 20% da população brasileira, observada em estudo populacional. Por ser uma doença crônica, compromete a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, pois, em algumas situações, compromete a ingestão alimentar, o sono, as atividades sociais e recursos financeiros.

Analise as alternativas abaixo e assinale a que apresenta as informações **CORRETAS**:

- a) O defeito anatômico encontrado na hérnia hiatal representa o principal mecanismo para o desenvolvimento da DRGE.
  - b) Pirose, regurgitação, tosse, pigarro e sensação de globus faríngeo representam os sintomas típicos de DRGE e, portanto, estabelecem seu diagnóstico.
  - c) O teste terapêutico empírico com inibidor de bomba de prótons – IBP, em dose padrão, com boa resposta, tem alta especificidade e tem sido indicado em consensos como confirmação diagnóstica de DRGE.
  - d) A manometria esofágica representa importante ferramenta no diagnóstico de DRGE e tem sido largamente indicada.
  - e) A impedância-pHmetria esofágica é considerada, atualmente, padrão ouro para o diagnóstico da DRGE.
14. A doença ulcerosa péptica gastroduodenal foi considerada por muito tempo como sendo uma patologia crônica de etiologia desconhecida, com períodos de remissão e recidiva. A descoberta do H.pylori por Warren e Marshall, em 1984, e o uso de substâncias antissecretoras, principalmente os inibidores de bombas de prótons-IBP, modificaram a epidemiologia e o curso da doença.

Acerca de úlcera péptica gastroduodenal, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Os pacientes portadores de úlceras pépticas apresentam, em torno de 70%, sintomatologia de epigastria e plenitude gástrica.
  - b) A endoscopia digestiva alta representa o exame de maior sensibilidade para o diagnóstico, sendo indicado nos casos suspeitos, e a pesquisa de H.pylori por teste de uréase ou exame histológico está indicada em todos os portadores de úlceras gástrica e duodenal.
  - c) A perfuração é a complicação mais comum nas úlceras gástrica e duodenal e a mais frequente causa de hospitalização, mantendo taxa elevada de mortalidade.
  - d) A síndrome de Zollinger – Ellison tem como característica a hipersecreção ácida relacionada a tumores produtores de gastrina localizados no estômago e com manifestações clínicas na presença de metástases hepáticas.
  - e) Os anti-inflamatórios não esteroidais e o ácido acetilsalicílico representam importantes causas de úlcera duodenal em pacientes jovens portadores de patologias reumatológicas, pela estimulação à secreção ácida.
15. As doenças inflamatórias intestinais (DII) são representadas principalmente por doença de Crohn e retocolite ulcerativa. Acerca dessas duas patologias, analise as informações a seguir:
- I. Caracterizam-se por processo inflamatório crônico do trato gastrointestinal (TGI), decorrente da interação de fatores imunológicos do indivíduo secundário a quadros infecciosos, como, por exemplo, infecção pelo Clostridioides difficile.
  - II. A doença de Crohn pode acometer da boca ao ânus, sendo a localização mais frequente a região de íleo e cólon.
  - III. Retocolite ulcerativa caracteriza-se por processo inflamatório em reto e cólon, cujo acometimento transmural leva a frequentes áreas de estenoses lúmenais.



IV. Artropatias axial e periférica, eritema nodoso, pioderma gangrenoso e uveíte representam manifestações extraintestinais das DII e podem seguir um curso dependente ou não do processo inflamatório intestinal.

Assinale a alternativa que reúne as afirmativas **CORRETAS**:

- a) Apenas I e II.
  - b) Apenas II e III.
  - c) Apenas I e III.
  - d) Apenas II e IV.
  - e) Apenas I e IV.
- 16.** Paciente masculino de 23 anos, advogado, procurou serviço médico com história de dor lombar com irradiação para glúteos bilaterais há 10 meses. Refere que passa o dia sentado, pois está estudando para concursos. A dor piora na posição sentado e deitado e chega a acordá-lo durante a noite. Refere também quadro de dor em calcâneos, principalmente ao acordar. Sobre o caso, marque a alternativa **CORRETA**.
- a) O quadro é compatível com dor mecânica postural, provavelmente tendinopatia de glúteo, devendo-se orientar o paciente a não permanecer muito tempo na posição sentada.
  - b) O quadro pode ser de lombociatalgia provavelmente por protusão discal lombar L5, e deve ser solicitada ressonância de coluna lombar.
  - c) O quadro é compatível com espondiloartrites e deve ser investigado com ressonância de coluna tóraco-lombar.
  - d) Trata-se de um quadro de artrite reumatóide com comprometimento de tornozelos e calcâneo. Devem ser solicitados exames de fator reumatoide e anti CCP.
  - e) O quadro é compatível com espondiloartrites, devendo ser pesquisadas história familiar e presença de HLA B27.
- 17.** São achados importantes para o diagnóstico diferencial entre artrite reumatoide e osteoartrite erosiva de mãos, **EXCETO**:
- a) Acometimento de interfalangeanas distais na osteoartrite.
  - b) Deformidades ósseas irreversíveis, como nódulos de Herberden na artrite reumatoide.
  - c) Fator reumatoide positivo e achados radiográficos de neoformação óssea justa-articular, perda da cartilagem e estreitamento do espaço articular na artrite reumatoide.
  - d) Deformidades ósseas irreversíveis, como dedo em pescoço de cisne na artrite reumatoide.
  - e) Envolvimento de punhos e provas de atividade inflamatória alteradas na artrite reumatoide.
- 18.** No que concerne à terapêutica do lúpus eritematoso, leia as três assertivas e assinale a alternativa **CORRETA**.
- I. Pacientes com doença cutâneo-articular em idade fértil podem usar antimaláricos.
  - II. O rituximabe (anticorpo monoclonal anti-CD20) constitui droga promissora na nefrite e no lúpus hematológico refratários.
  - III. A disfunção gonadal atribuível ao uso de ciclofosfamida endovenosa costuma ser dose-dependente.
- a) Somente I e II estão corretas.
  - b) Somente I e III estão corretas.
  - c) Somente II e III estão corretas.
  - d) Somente II está correta.
  - e) I, II e III estão corretas.



19. FJSS, 80 anos, sexo masculino, deu entrada no pronto-socorro com queixa de dor lombar há 6 meses, com piora importante há 1 semana. Traz exames laboratoriais realizados há 15 dias. Exames: hemoglobina 9,5g/dL; hematócrito 27%; leucócitos 7560; plaquetas 220000; ureia 102; creatinina 2,7; sódio 142; potássio 4,9; cálcio 13; fósforo 3,5.

Nesse caso, qual a principal hipótese diagnóstica e o exame laboratorial necessário para confirmar a hipótese diagnóstica?

- a) Insuficiência renal aguda / Clearance de creatinina.
  - b) Fratura osteoporótica / Tomografia computadorizada de coluna.
  - c) Mieloma múltiplo / Eletroforese de proteínas.
  - d) Insuficiência renal crônica / Proteinúria de 24 horas.
  - e) Osteoartrose de coluna / Radiografia de coluna.
20. MSAR, 60 anos, sexo feminino. Deu entrada no pronto-socorro com queixa de dor importante em coluna associada à dispneia. Paciente com antecedente de neoplasia de mama com metástase óssea e pulmonar, já realizados 4 ciclos de quimioterapia e radioterapia, sem respostas. Paciente optou por cuidados paliativos juntamente com médico assistente. Ao exame físico, apresenta-se hipocorada, sonolenta, dispneica, fácies de dor, saturação de O<sup>2</sup> 87%, frequência cardíaca 110, pressão arterial 100x60mmHg.

Diante do caso, qual a melhor conduta?

- a) Transferir para Unidade de Terapia Intensiva devido à necessidade de intubação orotraqueal.
- b) Administrar tramadol endovenoso para controle da dor e depois liberá-la para casa.
- c) Administrar dexametasona endovenosa para controle da dispneia e realizar ventilação não invasiva com BIPAP.
- d) Administrar morfina endovenosa até controle de dor, suporte de O<sup>2</sup> com cateter e internação em enfermaria para controle de sintomas.
- e) Administrar amiodarona endovenosa para controle de taquicardia.

## ESPECÍFICA

21. Uma paciente do sexo feminino de 20 anos é avaliada por uma história de duas semanas de fadiga, hiporexia, artralgia em mãos e joelhos e rash. Todos os sinais/sintomas apareceram um dia após uma viagem à praia. Ela não tem antecedentes patológicos pregressos e não faz uso de nenhuma medicação. O exame físico evidencia sinais vitais normais, presença de rash malar caracterizado por papulas e placas rosa-violeta poupando as dobras nasolabiais. O restante do exame físico é normal.

Exames laboratoriais:

Albumina: 3,0g/dl

C3: 49mg/dl (consumido)

C4: 8mg/dl (consumido)

Creatinina 1,3mg/dl

Fan: positivo 1: 160

Sumário de urina: hemoglobina 3+, proteína: 3+, hemáceas incontáveis com presença de hemáceas dismórficas; presença de cilindros hemáticas.

Exames de imagem:

Ultrassonografia de rins e vias urinárias: normal.

Hipótese diagnóstica: lupus eritematoso sistêmico.



Qual das seguintes opções é o teste diagnóstico mais apropriado para avaliação da paciente?

- a) VHS.
- b) Proteína C reativa.
- c) Biópsia renal.
- d) Biópsia de pele.
- e) Fator reumatoide.

**22.** Paciente do sexo feminino de 28 anos é atendida para aconselhamento pré-concepcional. Há três anos, foi diagnosticada com nefrite lúpica. Ela respondeu rapidamente à terapia de indução com imunossuppressores combinados (meltiprednisolona, ciclofosfamida intravenosa no primeiro ciclo da indução e ciclofosfamida intravenosa em pulso mensal por mais 5 meses) e foi mantida com micofenolato de mofetil e hidroxiquina para manutenção nos últimos 2 anos. Um DIU é usado para contracepção.

A avaliação laboratorial é consistente com doença quiescente e não há evidência de disfunção renal.

Qual das alternativas a seguir apresenta o mais adequado gerenciamento pré-concepcional?

- a) Desaconselhar a gravidez.
- b) Continuar os medicamentos atuais.
- c) Descontinuar hidroxiquina e micofenolato mofetil; adicionar prednisona.
- d) Descontinuar o micofenolato mofetil; adicionar azatioprina.
- e) Descontinuar hidroxiquina e micofenolato mofetil; iniciar pulsoterapia trimestral com ciclofosfamida intravenosa.

**23.** Paciente do sexo masculino de 59 anos é avaliado por queixa de edema de membros inferiores há um ano. Tem antecedente patológico progressivo de 28 anos de espondilite anquilosante, com acompanhamento e tratamento irregular e controle inadequado. Faz uso de diclofenaco de sódio de maneira intermitente e tem sido resistente em iniciar agentes biológicos devido temor dos efeitos colaterais.

No exame físico, a pressão arterial é 150/85 mm Hg. Outros sinais vitais são normais. Ele tem cifose com imobilidade da coluna cervical, torácica e lombar. Há diminuição da amplitude de movimento dos ombros e quadris, com contraturas em flexão de 32 graus em ambos os quadris. Há edema com cacifo de 2+ em membros inferiores.

Exames laboratoriais:

Albumina: 2,6 g/dL

Proteína C reativa: 6,5 mg/dl

Creatinina: 1,7 mg/dl

Sumário de urina: 3+ proteína; sem eritrócitos, leucócitos, cilindros ou eosinófilos

Proteinúria de 24h: 5 gramas/24h (volume de 2100ml)

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável para o quadro nefrológico?

- a) Nefropatia por analgésico.
- b) Nefropatia por IgA.
- c) Nefrite tubulointerstitial aguda.
- d) Amiloidose renal.
- e) Glomeruloesclerose segmentar e focal.



**24.** Paciente do sexo masculino de 59 anos é avaliado quanto a uma história de dois meses de erupção cutânea disseminada nos pés e nas pernas (com exacerbação como resultado da exposição ao frio), fadiga e artralgia.

Ao exame físico, os sinais vitais são normais. A erupção cutânea nos pés e pernas consiste em máculas eritematosas e pápulas purpúricas nas extremidades inferiores. Algumas lesões são palpáveis.

Ele não consegue estender o pulso direito. Os achados nos exames pulmonares, cardíacos e gastrointestinais não são dignos de nota. Não há articulações inchadas ou sensíveis.

Exames laboratoriais:

VHS: 100 mm/h

TGP: 90U/L

TGO: 90 U/L

Complemento C3: 115 mg/dl (normal)

Complemento C4: Não detectado

Creatinina: 2,2 mg/dL

Sorologia para hepatite C: positiva

Fator reumatóide: 119 U/mL

Anticorpos anti-peptídeo citrulinado cíclico: não detectado

Sumário de urina: 2+ hemoglobina; 2+ proteínas; presença de hemáceas dismórficas.

Qual dos seguintes é o diagnóstico mais provável?

- a) Vasculite crioglobulinêmica.
- b) Vasculite por hipersensibilidade.
- c) Poliarterite nodosa.
- d) Vasculite reumatoide.
- e) Esclerodermia.

**25.** Paciente do sexo masculino de 53 anos é avaliado no pronto-socorro por dor abdominal. Há um mês, surgiram fadiga e mal-estar, seguidos, uma semana depois, por erupção na pele. Há duas semanas, começou a tropeçar no pé direito. Há três dias, desenvolveu dores abdominais após uma refeição, sendo que a dor abdominal agora é constante.

No exame físico, a temperatura é 38,1°C, e a pressão arterial é 150/90 mm Hg. Outros sinais vitais são normais. O abdome é macio e insensível. A força muscular na dorsiflexão do tornozelo direito é 3/5. Nódulos eritematosos estão presentes na parte inferior das pernas. O restante do exame é normal.

Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 8,5 mg/dl

Proteína C reativa: 14 mg/dl

Creatinina: 1,6 mg/dl

Sumário de urina: normal

Sorologia para vírus da hepatite C: negativa

Teste de HIV 1 E 2: negativo

Radiografia de tórax: normal.

Ultrassonografia de abdome total: normal

Qual das alternativas a seguir apresenta maior probabilidade de estabelecer o diagnóstico?

- a) Painel ANCA.
- b) Sorologia para vírus da hepatite A.
- c) Biópsia renal.
- d) Angiografia por ressonância magnética do abdome.
- e) Tomografia de tórax sem contraste.

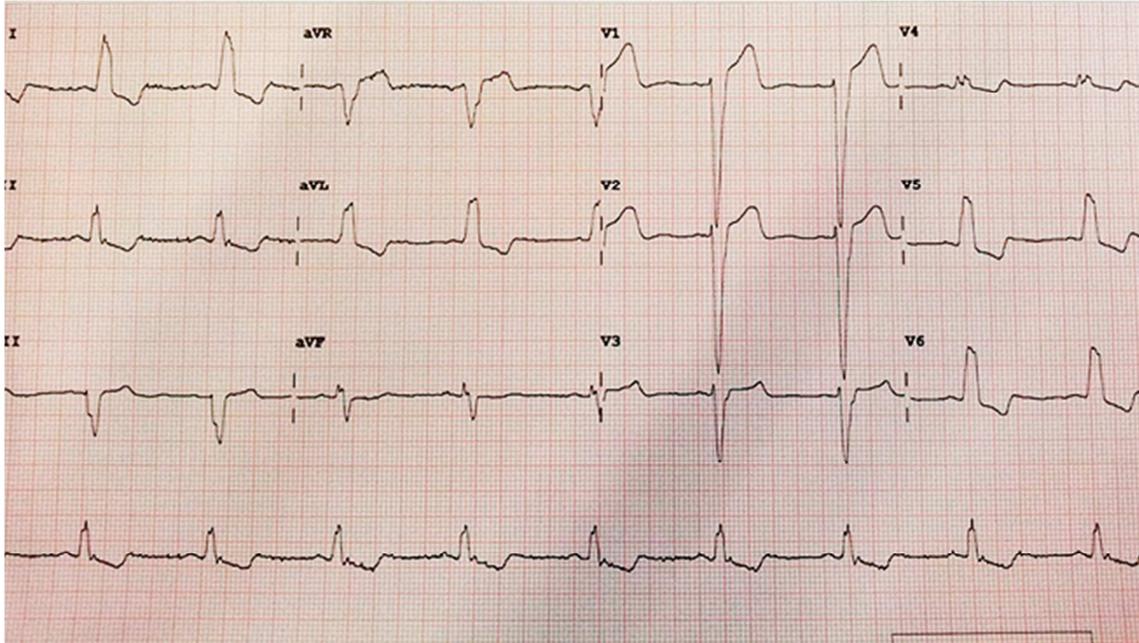


26. Paciente masculino de 44 anos queixa-se de dor articular, lesões cutâneas nas pernas e formigamento nas mãos há 30 dias. Evolui com dispneia importante e escarros hemoptoicos há 48 horas. Relata diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e sinusite crônica. Ao exame: estado geral regular, taquidispneico (+3/+4), FR 36 ipm e púrpura em membros inferiores. Exames complementares revelam Hb 8,4 g/dl, VHS 110 (normal até 20), PCR 40 (normal < 5) e sumário de urina com hematúria, proteinúria e cilindros. Radiografia de tórax apresenta infiltrado alveolar sugestivo de hemorragia e nódulos com cavitação. De acordo com o caso apresentado, assinale a alternativa **CORRETA**:
- O diagnóstico provável é de poliarterite nodosa, pois o paciente apresenta hipertensão arterial sistêmica e nefrite, o que sugere acometimento de vasos de pequeno calibre.
  - Os primeiros sintomas (dor articular, púrpura de membros inferiores e neuropatia periférica) sugerem fase inflamatória da arterite de Takayasu.
  - O paciente apresenta manifestações sugestivas de granulomatose de Wegener, tais como sinusite crônica, nódulos com cavitação e acometimento renal.
  - A pesquisa dos anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), nesse paciente, provavelmente será positiva, caracteristicamente com o padrão p-ANCA (perinuclear).
  - A púrpura de membros inferiores e a neuropatia periférica são características exclusivas da síndrome de Churg-Strauss, e provavelmente os níveis séricos de IgE estão elevados.
27. Homem de 47 anos procura o hospital queixando-se de tosse seca com hemoptise e episódios de febre que não tinham horário para ocorrer, há cerca de três meses. Há um mês apresenta hematúria, hipertensão arterial sistêmica e edema de membros inferiores e facial. No momento da internação, apresentava PA de 180 x 110 mmHg, FC de 75 bpm, FR de 22 mrpm e temperatura de 36,8 graus. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular audível com estertores bilateralmente. Aparelho cardiovascular e abdome normais. Os exames complementares revelam VSG de 115 mm, ureia de 112 mg/dl, creatinina de 2,2 mg/dl, Rx de tórax com infiltrado pulmonar intersticial bilateral, e EAS com hematúria, proteinúria e cilindros hemáticos.
- Dentre as alternativas qual a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta adequada?
- Tuberculose pulmonar – BAAR do escarro.
  - Síndrome de Felty – fator reumatoide.
  - Síndrome de Goodpasture – biópsia renal.
  - Síndrome de Sweet – biópsia pulmonar.
  - Angeita de Churg-Strauss – ANCA P.
28. Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, tabagista, evolui há uma semana com quadro de febre, hemoptise, dispneia e hematúria. Há 48 horas, relata diminuição do volume urinário. Diante desse quadro clínico, a principal suspeita diagnóstica é
- lupus eritematoso sistêmico.
  - poliarterite nodosa.
  - sarcoidose.
  - púrpura de Henoch-Schonlein.
  - síndrome de Goodpasture.
29. Paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, tabagista, evolui há uma semana com quadro de febre, hemoptise, dispneia, hematúria há 48 horas, relatando diminuição do volume urinário. A melhor opção terapêutica para esse caso é
- plasmaferese e corticoide.
  - transplante renal.
  - pulsoterapia com corticoide.
  - corticoide e ciclofosfamida.
  - imunoglobulina.



30. Uma criança de 13 anos de idade vem apresentando, há duas semanas, após infecção de vias aéreas superiores e de forma progressiva, edema periorbitário de abdome e membros inferiores. Os exames revelam proteinúria maciça, hypoalbuminemia e colesterol elevado. Nos últimos dias, a pressão arterial encontra-se elevada e surge hematúria macroscópica. Qual síndrome deve ser considerada como principal suspeita diagnóstica?
- a) Nefropatia por IgA.
  - b) Nefrite intersticial aguda.
  - c) Síndrome de Goodpasture.
  - d) Glomerulonefrite pós-infeciosa.
  - e) Síndrome nefrótica de apresentação atípica.
31. Com relação à insuficiência cardíaca (IC), é **CORRETO** afirmar o seguinte:
- a) o diurético de alça geralmente cursa com hipocalemia e acidose metabólica.
  - b) a terapia com digoxina diminui hospitalizações e mortalidade em pacientes com IC.
  - c) a espironolactona reduz a mortalidade em pacientes com sintomas de IC classe funcional I a III.
  - d) o antagonista do receptor de aldosterona diminui a tendência do inibidor da enzima conversora de angiotensina de causar hipercalemia.
  - e) inibidor da enzima conversora de angiotensina melhora a sobrevida na IC, mais do que a combinação de hidralazina e dinitrato de isossorbida.
32. Homem de 50 anos de idade com doença renal crônica (DRC) é avaliado após internação recente por síndrome coronariana aguda (SCA). É **CORRETO** afirmar:
- a) Pacientes com DRC com dor torácica compõem um grupo de SCA de risco relativamente baixo e taxa de eventos cardíacos adversos < 5% em 30 dias.
  - b) Os desfechos cardiovasculares de pacientes com DRC com SCA são semelhantes aos de pacientes com função renal normal.
  - c) A uremia está associada ao aumento da agregação plaquetária e trombose de stent.
  - d) Pacientes com DRC apresentam maior risco de sangramento, embora com menor risco de eventos trombóticos, quando comparados a indivíduos sem DRC.
  - e) A disfunção renal é um dos preditores independentes mais significativos de mortalidade de pacientes com SCA.
33. Homem de 60 anos de idade será submetido à artroplastia total de joelho direito. Apresenta antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia controladas. Ao exame clínico: pressão arterial de 140x80mmHg. Exames mostraram creatinina 0,9 mg/dL e glicemia de jejum de 105 mg/dL. Qual a prescrição mais adequada de trombopprofilaxia para o pós-operatório?
- a) Apixabana por 14 dias.
  - b) Varfarina por 10 dias.
  - c) Enoxaparina por 7 dias.
  - d) Heparina não fracionada durante o período de internação hospitalar.
  - e) Aspirina por 30 dias.

34. Homem de 60 anos com antecedente de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida idiopática faz uso de enalapril 20 mg 2x/dia, carvedilol 25 mg 2x/dia e espironolactona 25 mg 1x/dia. Tem dispneia classe funcional II. Nega idas ao pronto-socorro ou internações hospitalares no último ano. Exame clínico: PA 110 x 80 mmHg; FC 58 bpm; ausculta pulmonar normal. Exames: creatinina 0,9 mg/dL; ureia 30 mg/dL; Na<sup>+</sup> 142 mEq/L; K<sup>+</sup> 4,6 mEq/L; HbA1C 5,0%; NT-proBNP 750 pg/mL. Ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo 30%. Eletrocardiograma apresentado:



- O medicamento a ser adicionado ao tratamento é
- furosemida.
  - ivabradina.
  - dapaglifozina.
  - sacubitril-valsartana.
  - amlodipina.
35. Paciente de 15 anos de idade está em investigação de febre e artralgia em cotovelos e punhos há 2 semanas. Relata diversos episódios de amigdalite nos últimos meses, com detecção de anti-DNase B em títulos crescentes. Diante da principal hipótese diagnóstica, qual o dado mais relevante para o diagnóstico?
- Hemocultura.
  - Intervalo PR alargado.
  - Eritema marginado.
  - Febre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ .
  - VHS elevado  $> 60$  mm na primeira hora.
36. Em relação à retinopatia diabética (RD) e à doença renal do diabetes (DRD), é **CORRETO** o seguinte:
- É recomendado iniciar o rastreamento da RD em todos os adultos com diabetes melitus tipo 1 (DM1) por ocasião do diagnóstico.
  - A RD progride mais rapidamente nos jovens com diabetes melitus tipo 2 (DM2) do que com diabetes melitus tipo 1 (DM1).
  - Pessoas com mau controle do DM1 e transtornos alimentares são mais propensas a desenvolver RD antes do esperado.
  - É recomendado que o primeiro rastreamento de DRD seja feito cinco anos após o diagnóstico de DM2 e, por ocasião do diagnóstico em pessoas com DM1, a partir dos 11 anos de idade.
  - O rastreamento de DRD deve ser semestral e deve ser usada a medida de albumina urinária e o cálculo da TFG estimado (TFGe) a partir da ureia sérica.



37. Sobre a avaliação de dislipidemia na doença renal crônica, avalie as seguintes afirmativas:
- O estudo SHARP (*The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease*) concluiu que a redução do LDL-colesterol com sinvastatina 20 mg associada à ezetimiba 10 mg reduziu a incidência de eventos ateroscleróticos maiores em pacientes com DRC avançada.
  - Em pessoas com diabetes melitus e DRC em diálise, sem doença arterial clínica, não é recomendado iniciar estatinas, por falta de eficácia.
  - No entanto, a estatina deverá ser mantida nos indivíduos que já a usavam antes do início da diálise.
- Apenas I está correta.
  - Apenas I e III estão corretas.
  - Apenas III está correta.
  - I, II e III estão corretas.
  - Apenas II e III estão corretas.
38. Sobre a esclerose sistêmica, é **CORRETO** o seguinte:
- A crise renal esclerodérmica inclui hipertensão arterial grave, com injúria renal aguda, devendo o paciente, nos primeiros cinco anos de doença, monitorar PA e creatinina sérica.
  - A avaliação do anticorpo anti-La para hipertensão pulmonar e do anti-Scl70 para doença cardíaca é um bom definidor prognóstico.
  - Uma vez diagnosticada crise renal esclerodérmica, deve-se evitar inibidores da ECA, por serem medicações que comprovadamente pioram a função renal.
  - Os bloqueadores de canais de cálcio hoje são considerados drogas de primeira linha para a crise renal esclerodérmica.
  - A manifestação renal é mais comum que a dérmica, sendo hoje raro identificar pacientes com comprometimentos pulmonar e intestinal.
39. Sobre a síndrome de lise tumoral, marque a alternativa **CORRETA**:
- Pode-se utilizar alopurinol em doses elevadas, sendo seguro nos casos de insuficiência renal, bastando para isso associar diuréticos.
  - Uma alternativa viável no tratamento é a administração de diuréticos com manitol.
  - De modo geral, deve-se ter cautela com hidratação, pelo risco de complicações de congestão.
  - É importante manter reposição de potássio, fósforo e cálcio na dieta, por serem comuns complicações da deficiência desses eletrólitos.
  - Em geral a hidratação é mantida até diminuição do risco de lise e diminuição da carga tumoral.
40. Em relação à doença falciforme, marque a alternativa **CORRETA**:
- A hipertonciedade e a hipóxia da medula renal são achados comuns na patogenia da doença.
  - É incomum encontrar hematúria e alterações de concentração urinária.
  - Acidose tubular renal proximal é o achado mais frequente entre as manifestações renais.
  - Apesar de incomum, a isostenúria e a hipocalcemia podem fazer parte do quadro clínico.
  - Deve-se evitar sobrecarga hídrica, sendo cautelosa a hidratação dos pacientes em crise e desidratação.
41. Paciente do sexo feminino de 32 anos apresenta história de dor lombar de início súbito há 3 dias, associada a hematúria e náuseas. Ao exame: PA: 115/75mmhg (normal); ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; dor à palpação em flanco esquerdo e sinal de Giordano positivo. Nega febre, calafrios ou uso regular de medicações. Refere volume de diurese normal. Refere faringite há cerca de 3 meses. EAS: 20 hemáceas/campo (VR: 0 – 10); 3 piócitos/campo (VR: 0-10); US rins e vias: hidronefrose a E, sem fator obstrutivo visualizado. De acordo com o quadro clínico, qual a hipótese diagnóstica mais provável e qual exame deve ser solicitado para elucidação?
- ITU baixa; urocultura.
  - Litíase ureteral; tomografia do trato urinário sem contraste.
  - Pielonefrite; tomografia do trato urinário.
  - Glomerulonefrite; biópsia renal.
  - Síndrome nefrótica; proteinúria de 24 horas.



**42.** Paciente do sexo feminino de 52 anos com história de edema em MMII há cerca de 2 meses, associado a espumúria, deu entrada em serviço de saúde para investigação de síndrome edemigênica. Ao exame: PA: 160/95mmhg, abdome globoso, piparote positivo, edema em MMII ++/+4, ausculta cardíaca normal e pulmonar com redução de MV em bases. Refere diurese com volume normal, mas com espuma. Refere também faringite há cerca de 4 dias.

Antecedentes: HAS há 3 anos, e DM há 1 ano e meio.

Exames solicitados na admissão: creatinina: 0,9 mg/dl (normal até 1,2 mg/dl); BNP: 30; EAS: 8 hemáceas/campo (VR: 0 – 10); 3 piócitos/campo (VR: 0-10); proteínas +++/+4; colesterol total: 320mg/dl; albumina sérica: 2,5 mg/dl (normal 3,5 – 5,0 mg/dl); US rins e vias: rins de tamanhos normais e sem perda da diferenciação córtico-medular. De acordo com o quadro clínico, qual alternativa é mais adequada?

- a) Provável síndrome nefrítica devido à anasarca, faringite e HAS. Iniciar antibiótico e corticoide.
- b) Provável insuficiência cardíaca descompensada. Iniciar entresto.
- c) Provável síndrome nefrótica secundária ao DM. Solicitar fundo de olho, iniciar insulina e repor albumina
- d) Provável síndrome nefrótica a esclarecer. Solicitar sorologias, pesquisa de auto-anticorpos, investigação secundária e ponderar biópsia renal.
- e) Provável síndrome nefrítica devido à anasarca, faringite e HAS. Iniciar corticoide, solicitar ASLO e biópsia renal.

**43.** Paciente do sexo masculino de 62 anos com história de astenia, inapetência, anemia e edema em MMII há cerca de 4 meses, deu entrada em serviço de saúde por rebaixamento no nível de consciência e dispneia. Ao exame: hipocorado, sonolento, Glasgow = 11; PA: 180/95mmhg, abdome globoso, piparote positivo, edema em MMII ++/+4, taquipneico, ausculta pulmonar com estertores creptantes até ápice e redução de MV em bases, SpO<sub>2</sub> = 96%, com cateter nasal a 5 l/min e frequência respiratória = 22 irpm. Família refere diurese com volume reduzido há alguns dias.

Antecedentes: HAS há 18 anos e DM há 10 anos. Fazia uso irregular das medicações.

Exames solicitados na admissão: hemoglobina: 8,6; hematócrito: 25%; creatinina: 5,6 mg/dl (normal até 1,2 mg/dl); ureia 215 mg/dl (normal até 45mg/dl); EAS: 8 hemáceas/campo (VR: 0 – 10); 3 piócitos/campo (VR: 0-10); proteínas ++/+4; potássio: 6,9 mg/dl (VR: 3,5 – 5,5 mg/dl); gaso venosa: ph: 7,18 ; bicarbonato= 12 . fósforo: 6,7 mg/dl (VR: até 5,0 mg/dl).US rins e vias: rins de tamanhos normais, com perda da diferenciação córtico-medular. De acordo com o quadro clínico, qual alternativa é mais adequada?

- a) Provável edema agudo de pulmão secundário à síndrome coronariana. Iniciar nitrato, furosemida e intubação imediata.
- b) Provável síndrome nefrótica secundária à DM. Iniciar insulina, IECA/BRA e repor albumina.
- c) Provável doença renal crônica. Iniciar terapia dialítica imediata, medidas p/ hipercalemia.
- d) Provável insuficiência renal aguda. Iniciar terapia dialítica imediata e solicitar biópsia renal.
- e) Provável síndrome nefrítica. Iniciar pulsoterapia.

**44.** Mulher de 28 anos apresenta dor aguda e intensa em flanco esquerdo, irradiada para abdome inferior, e náuseas há 2 dias. Nega febre, calafrios, disúria, hematúria, atraso menstrual, corrimento vaginal, alterações do hábito intestinal ou cirurgia abdominal prévia. Obteve melhora parcial da dor após receber anti-inflamatório via parenteral.

O melhor exame subsidiário para confirmar a hipótese diagnóstica é

- a) urocultura com antibiograma.
- b) radiografia simples do abdome.
- c) TC de abdome total, não contrastada.
- d) ultrassonografia pélvica.
- e) cintilografia renal.



45. A doença renal crônica (DRC) apresenta elevadas prevalência e morbimortalidade em diversos países do mundo. É conceituada como alteração persistente (mais de 3 meses) da função renal (estimada pelo clearance de creatinina) e/ou albuminúria moderada ou grave. Sobre o manejo dos pacientes portadores de doença renal crônica, assinale a alternativa **INCORRETA**:
- a) Os sintomas de hipervolemia podem ser tratados com diurético de alça, ainda que o efeito dessa droga seja reduzido na DRC.
  - b) O hiperparatireoidismo secundário pode ser tratado com reposição de vitamina D e fosfato, se os níveis séricos estiverem reduzidos.
  - c) O estoque de ferro deve ser avaliado e repostado, se necessário, antes da administração de eritropoietina no tratamento da anemia da DRC.
  - d) A vacinação contra a *influenza* e a doença pneumocócica está indicada nos pacientes com DRC em estágio final.
  - e) A acidose metabólica pode ser manejada com reposição de bicarbonato de sódio.
46. Indivíduos com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), apesar do uso das novas terapias antirretrovirais, permanecem com risco aumentado para o desenvolvimento de doença renal crônica. Dentre as alternativas a seguir, são fatores de risco para doença renal crônica no paciente soropositivo, **EXCETO**:
- a) Proteinúria, hematúria e idade maior que 50 anos.
  - b) Terapia antirretroviral, raça negra e proteinúria.
  - c) Hematúria, proteinúria e idade avançada.
  - d) Diabetes, hipertensão e terapia antirretroviral.
  - e) Hipertensão arterial, raça negra, idade maior que 50 anos.
47. A leptospirose é uma das zoonoses de maior distribuição geográfica presente em praticamente todo o planeta. Doença infecciosa causada por uma bactéria em forma de saca-rolha, *leptospira* da família *Leptospiraceae*. Os sinais e sintomas dessa doença podem variar de leve a graves, como a doença de Weil e a síndrome hemorrágica pulmonar grave. Vários fatores estão envolvidos na insuficiência renal na leptospirose, **EXCETO**:
- a) Hipovolemia.
  - b) Ação nefrotóxica direta da leptospira.
  - c) Rabdomiólise.
  - d) Uso de drogas nefrotóxica.
  - e) Hiperbilirrubinemia.
48. A infecção do trato urinário é uma patologia frequente em todas as faixas etárias, porém, na vida adulta, sua incidência aumenta, predominando no sexo feminino. Em algumas situações, torna-se crônica, levando à situação conhecida como infecção urinária de repetição. São fatores de riscos para infecção do trato urinário (ITU) de repetição, **EXCETO**:
- a) Hipoestrogenismo na menopausa devido à atrofia da mucosa vaginal e a alterações da microbiota.
  - b) Mulheres sexualmente ativas.
  - c) Idade avançada com predominância no sexo masculino.
  - d) Urolitíase obstrutiva.
  - e) Incontinências e disfunções miccionais com esvaziamento vesical lento e incompleto.



49. No Brasil a dengue é considerada de difícil controle, com extensas proporções nos ambientes urbanos, dado que as condições socioambientais, como alta pluviosidade e temperaturas elevadas, são fatores para a proliferação do vetor. Doença infecciosa de etiologia viral, transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, têm quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4), que podem causar desde dengue assintomática à doença febril e severa. Sobre a injúria renal na dengue, é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) Idade, sexo masculino, febre hemorrágica, rabdomiólise, doença renal crônica prévia são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de insuficiência renal aguda.
- b) Nos pacientes internados com dengue grave, a necessidade de diálise pode chegar a 70% nos pacientes internados em UTI, o que aumenta o tempo de hospitalização e casos fatais de dengue.
- c) Os mecanismos fisiopatológicos da injúria renal aguda estão diretamente relacionados a hipotensão, lesão direta provocada pelo vírus, mecanismo indireto via sistema imunológico e rabdomiólise.
- d) Nos casos graves de dengue, o dano glomerular é mínimo, tornando pouco provável o envolvimento de lesão por complexo imunológico.
- e) A manutenção do balanço eletrolítico deve ser priorizada, devido à alta prevalência de hiponatremia nesses pacientes.

50. A tuberculose, um importante problema de saúde mundial, pode ser classificada em forma pulmonar e forma extrapulmonar, sendo o trato geniturinário um dos possíveis focos de acometimento. A concomitância da TB pulmonar e da TB urogenital, o período de latência entre a infecção pulmonar e o aparecimento dos sintomas urinários podem variar de 5 a 20 anos. Sendo assim, a faixa etária mais atingida pela tuberculose urogenital está entre 20 e 50 anos de idade. Sobre o acometimento renal na tuberculose é correto afirmar, **EXCETO**:

- a) Na tuberculose renal, o envolvimento renal unilateral é o mais comum.
- b) O comprometimento renal pela tuberculose ocorre em virtude de disseminação hematogênica dos bacilos ou devido à doença geniturinária localizada.
- c) O diagnóstico de tuberculose urinária geralmente é feito na presença dos sintomas e achados da urinálise (hematúria, leucocitúria sem bacteriúria, proteinúria), bem como evidências de infecção atual ou progressa pelo *Mycobacterium tuberculosis*.
- d) O atraso no diagnóstico não leva à doença renal em fase terminal, necessitando de diálise a longo prazo.
- e) A tuberculose renal não apresenta quadro clínico clássico. Os pacientes podem apresentar sintomas semelhantes à cistite bacteriana, cursando com polaciúria, noctúria, urgência miccional, até quadros mais graves, como uropatia obstrutiva, infertilidade, hipertensão refratária e insuficiência renal.